

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1895

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 3 juillet 1895, à 1 heure

Par CAMILLE COLONNA d'ISTRIA

Né à Sollacaro (Corse), le 7 mars 1864

INFLUENCE

DE LA GRIPPE

SUR

LA TUBERCULOSE

Président : M. STRAUS, professeur.

*Juges : MM. { GAUTIER, professeur.
 { GLEY, GAUCHER, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
45, Rue Racine 45

1895

373

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1895

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 3 juillet 1895, à 1 heure

Par CAMILLE COLONNA D'ISTRIA

Né à Sollacaro (Corse), le 7 mars 1864

INFLUENCE

DE LA GRIPPE

SUR

LA TUBERCULOSE

Président : M. STRAUS, professeur.

*Juges : MM. { GAUTIER, professeur.
 { GLEY, GAUCHER, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1895

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

	Doyen.	M. BROUARDE L
	Professeurs	MM.
Anatomie		FARABEUF.
Physiologie		CH. RICHEL.
Physique médicale.		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.		BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.		BOUCHARD.
Pathologie médicale.		DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale.		DEBOVE.
Anatomie pathologique		LANNELONGUE.
Histologie.		CORNIL.
Opérations et appareils.		MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie.		TERRIER.
Thérapeutique et matière médicale.		POUCHET.
Hygiène.		LANDOUZY.
Médecine légale.		PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie		BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.		LABOULBENE
		STRAUS.
		G. SEE.
Clinique médicale.		POTAIN.
		JACCOUD.
		HAYEM.
		GRANCHER.
Maladie des enfants.		
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale		JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux.		RAYMOND.
		TILLAX.
Clinique chirurgicale.		BERGER.
		DUPLAY.
		LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires.		GUYON.
Clinique ophthalmologique.		PANAS.
Clinique d'accouchements.		TARNIER.
		PINARD.

Professeurs honoraires.

MM. SAPPEY, PAJOT, REGNAULD, VERNEUIL.

Agrégés en exercice.

MM. ALBARRAN	MM. DELBET	MM. MARIE	MM. RICARD
ANDRE	FAUCONNIER	MAYGRIER	ROGER
BALLET	GAUCHER	MÉNÉTRIÉR	SCHWARTZ
BAR	GILBERT	NELATON	SEBILLEAU
BRISAUD	GLEY	NETTER.	TUFFIER
BRUN	HEIM	POIRIER, chef	VARNIER
CHANTEMESSE	JALAGUIER	des travaux	VILLEJEAN
CHARRIN	LEJARS	anatomiques	WEISS
CHAUFFARD	LETULLE	QUENU	
DEJERINE	MARFAN	RETTERRER	

Secrétaire de la Faculté: M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE

A MES FRÈRES

A MA SŒUR

A MES PARENTS

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR STRAUS

Médecin de l'Hôtel-Dieu
Membre de l'Académie de médecine
Chevalier de la Légion d'honneur

AVANT-PROPOS

M. le Dr Oulmont nous ayant montré dans son service, à l'hôpital Laënnec, quatre cas de tuberculose, dont l'origine remontait à une atteinte de grippe, nous avons eu l'idée, pour notre thèse inaugurale, d'étudier les rapports qui existent entre ces deux affections.

Ces rapports ont été signalés au congrès de la tuberculose de 1891, auquel nous avons emprunté un grand nombre d'observations.

Nous ne voulons donc, dans ce travail, qu'apporter une modeste contribution à l'étude d'un fait clinique encore peu nettement affirmé: l'éclosion possible de la tuberculose à la suite de la grippe.

Confiant dans la bienveillance de nos maîtres, nous espérons qu'ils nous tiendront compte de notre bonne volonté et nous sauront gré de nos efforts.

Qu'il nous soit permis, avant d'aborder notre sujet, d'inscrire en tête de notre thèse les noms de nos maîtres dans les hôpitaux et de leur adresser de bien sincères remerciements pour l'intérêt qu'ils n'ont cessé de nous porter pendant toute la durée de nos études médicales.

Que MM. les professeurs Grancher et Pinard, MM. Ni-

caise, G. Marchant, Ferrand, Dreyfus-Brissac, reçoivent ici l'hommage de notre reconnaissance.

Nous adressons également le témoignage de notre profonde gratitude à M. le D^r Oulmont qui a bien voulu nous permettre de publier les observations de ses malades et qui ne nous a pas ménagé ses conseils éclairés.

Nous n'oublierons pas M. le D^r Rendu qui, avec son amabilité ordinaire, nous a donné l'autorisation de prendre l'observation du malade de son service.

Un souvenir amical à M. Ramond, interne des hôpitaux, pour la bonne camaraderie dont il a fait preuve en nous prêtant son concours.

INFLUENCE

DE LA GRIPPE

SUR

LA TUBERCULOSE

HISTORIQUE DU SUJET

A partir de l'épidémie de grippe de 1580 qui fit périr 9000 personnes à Rome et dépeupla plusieurs pays de l'Europe, « chaque épidémie, dit Vidal, a trouvé son historien. Sydenham nous a laissé de l'épidémie de 1676 un tableau qui restera l'image fidèle de l'influenza (1) ».

Tous ces historiens nous parlent bien de la prédominance de tel ou tel symptôme, de telle ou telle complication (pneumonie, péripleurésie, pleurésie...) mais aucun ne

1. Vidal. *Traité de méd.* Charcot, Bouchard, Brissaud.

semble avoir entrevu l'influence de la grippe sur la marche de la phtisie pulmonaire.

En 1732, la grippe sévit à Edimbourg : « Les malades éprouvaient une forte oppression de poitrine, avec douleur latérale. Les malades chez lesquels ces symptômes se déclarèrent, et qui négligèrent de se faire soigner, furent atteints d'une hémoptysie (1) ».

Il faut arriver à 1832 pour trouver dans Clarke cette phrase : « l'origine de la phtisie chez un grand nombre de malades fut attribuée avec une grande apparence de vérité à l'influenza ».

Dans le *Dictionnaire en 30 volumes* (1836) nous notons ceci : « Les principales complications signalées par les auteurs sont les phlegmasies des bronches, du poulmon, de la plèvre, du cerveau et de ses membranes, etc... ».

La grippe n'est pas moins redoutable quand elle se développe chez des phtisiques ».

En 1837, Fournet va encore plus loin et dit : « Les observations que j'ai prises depuis l'époque où règne l'épidémie de grippe prouvent l'influence considérable qu'elle a eue sur le développement de la phtisie chez les personnes qui y étaient prédisposées. J'étais étonné du nombre de phtisiques qui me disaient n'être tombés que depuis l'épidémie ».

En 1865, Grisolle (2) écrit : « Il n'est pas rare de voir des individus se rétablir lentement quoique la grippe ait été des plus simples. Les forces surtout reviennent avec

1. Ménétrier. Thèse de Paris, 1886-87, page 15.

2. Grisolle. *Traité de pathologie interne*.

peine ; la toux persiste longtemps et les organes digestifs reprennent lentement leurs fonctions.

Lorsque la grippe est exempte de toute complication il est presque sans exemple qu'elle fasse pèrir les malades ; elle n'est grave que chez les phtisiques dont elle accélère le terme fatal, ou lorsqu'une maladie intercurrente survient ».

Plus tard, en 1872, nous trouvons dans le *Dictionnaire de Jaccoud*, que la grippe est quelquefois le point de départ de la phtisie caséeuse (Jaccoud, Pidoux).

Dans ses *Leçons de clinique médicale* parues en 1879, Peter parle de la grippe et ajoute qu'en temps d'épidémie, c'est-à-dire alors qu'elle doit à cette circonstance, commune à toutes les maladies épidémiques, une plus grande malfaisance, la grippe est assez fréquemment suivie de tuberculisation pulmonaire. Mais ce n'est pas en tant que maladie des voies respiratoires, en tant que frappant les bronches et parfois le poumon, que la grippe provoque en ceux-ci l'éclosion des tubercules ; c'est en qualité d'affection générale, de fièvre catarrhale avec élément nerveux, de maladie qui déprime l'organisme, qu'elle peut appeler la tuberculisation. Cependant, analysez alors les cas et vous verrez que le plus habituellement, les individus frappés étaient débiles ou prédisposés par des conditions héréditaires (1).

En 1884, dans le *Dictionnaire des sciences médicales de Dechambre*, Brochin s'exprime ainsi : « Les mouvements fluxionnaires répétés sur les organes respiratoires

1. Peter. *Leçons de clin. méd.* T. II, p. 84.

donnent chez des sujets déjà tuberculisés, une impulsion nouvelle et fatale de la maladie, si même la grippe ne la détermine pas directement.

On a vu quelquefois, en effet, survenir des pneumonies caséuses et de véritables phtisies, chez des individus qui n'y semblaient pas jusque-là prédisposés ».

M. Dujardin-Beaumetz (1) fit en 1890, à la Société de médecine pratique, une communication où il disait : « Toutes les maladies qui affaiblissent l'organisme en font un terrain favorable au développement du bacille tuberculeux. Au premier rang de ces maladies, il faut placer les maladies infectieuses et en particulier l'influenza qui non-seulement amène des phénomènes congestifs du côté du poumon, mais encore par les troubles profonds qu'elle produit dans l'économie, entraîne une extrême dépression des forces et une déchéance de l'organisme.

Ce sont autant de causes occasionnelles favorables au développement de la tuberculose et il n'y aurait rien d'étonnant à ce que chez les personnes prédisposées nous ne voyions survenir la tuberculose à la suite de la grippe ».

Nous voici arrivés à l'année 1891. Pour la première fois on agite sérieusement la question des rapports qui existent entre la grippe et la tuberculose. Il a encore fallu pour cela, que le comité du congrès pour l'étude de la tuberculose, frappé du nombre de décès par la tuberculose pulmonaire observés pendant la grande épidémie d'influenza de 1889-1890, fit une vaste enquête et adres-

1. Dujardin-Beaumetz. *Journal de médecine de Paris*, 1890. Société de médecine pratique, 9 janvier 1890.

sât par l'organe de son secrétaire général, M. Petit, à tous les médecins, cette question :

Que pensez-vous de l'action de la grippe sur la tuberculose et réciproquement ?

Des observations incontestables, en petit nombre il est vrai, arrivèrent d'un peu partout, et démontrèrent, quelques-unes avec examen bactériologique à l'appui, que non seulement la grippe précipite le dénouement fatal chez les tuberculeux, mais encore qu'elle peut favoriser l'éclosion de la tuberculose.

Citons parmi les cliniciens qui répondirent à l'appel du congrès en envoyant des observations intéressantes à tous les points de vue, les noms de MM. les D^{rs} Leroy, professeur à la Faculté de médecine de Lille ; Guyot, de Paris ; Valenzuela, médecin de l'hôpital général de Madrid ; Santiago Caberali, de Buenos-Ayres ; Robinson, de Constantinople ; Maugin, de Saint Martin d'Albois (Marne) ; Prioleau, de Brive ; David, de Nice, etc...

La même année, M. le D^r Spyr. Canellis, d'Athènes, fait paraître dans les *Archives de médecine navale et coloniale* deux observations qui prouvent la tuberculisation à la suite de la grippe.

Au congrès de la tuberculose de 1893, M. Canellis revient sur la question et dit : « Nous croyons pouvoir affirmer que dans plusieurs cas la grippe a amené la phtisie pulmonaire. Nous fondant sur nos observations cliniques et autres, nous pouvons dire que le bacille de Koch a trouvé chez les personnes atteintes de la grippe un terrain favorable pour se cultiver et se multiplier ».

M. le Dr G. d'Hotel (1) (Ardennes), est aussi affirmatif. « La grippe, l'influenza, ont été la cause occasionnelle de tuberculoses par contagion ».

On trouve dans la thèse de M. le Dr Petit (2) (Paris, 1893-1894), qu'à la suite de la grippe les exemples ne sont pas rares de tuberculose aiguë et d'endocardites infectieuses.

Enfin dans son *Traité de clinique thérapeutique*, M. G. Lyon (3) dit que souvent les grippés continuent à présenter des signes de bronchite et deviennent une proie facile pour le bacille de Koch.

Nous ne voulons pas finir ce chapitre sans parler de la communication de M. G. Lemoine au congrès français de médecine interne de 1894 et de l'article que M. Netter consacre à la grippe dans le *Traité de médecine* qui vient de paraître sous la direction de MM. Brouardel, Gilbert et Girode.

M. Lemoine (4) soutient que la grippe peut simuler trois formes spéciales de tuberculose.

« Dans une première série de cas, dit-il, la grippe peut simuler la pneumonie tuberculeuse du sommet et faire croire à l'évolution d'une poussée aiguë au cours d'une tuberculose ancienne ; mais si on fait l'examen bactériologique, on ne rencontre pas de bacilles de Koch, et

1. G. d'Hotel, *Congrès pour l'étude de la tuberculose* (1893, page 67).

2. Petit. Thèse de Paris, 1893-1894, page 40.

3. G. Lyon. *Traité. élém. de Clin. thér.*, page 764.

4. Lemoine. Congrès franç. de Méd. int. (1894). *Bulletin Méd.*, page 1126.

généralement les bacilles que l'on trouve sont des streptocoques. D'ailleurs au bout de quelques semaines, après trois mois au maximum, la résolution se fait et il se produit une sclérose du poumon.

Dans d'autres cas de grippe, il existera une bronchite unilatérale, simulant ces formes de tuberculose qui n'atteignent également qu'un côté.

Enfin, dans une troisième forme grippale, la maladie aboutit à la dilatation bronchique et l'on a des signes de caverne qui peuvent facilement induire en erreur ; mais là encore, comme dans les formes précédentes, on ne trouve pas de bacilles de Koch. »

Voici, pour terminer, l'opinion de M. Netter (1) : « On ne saurait admettre que la grippe puisse devenir la cause d'une tuberculose pulmonaire. Cependant les points suivants sont établis : la grippe frappe volontiers les tuberculeux, elle est plus grave chez eux, et la mortalité des tuberculeux est plus marquée en temps de grippe. Elle donne parfois un coup de fouet aux lésions tuberculeuses, soit que ces lésions aient été manifestes avant la grippe ou qu'elles ne deviennent bien évidentes qu'à sa suite. Dans certains cas la grippe est suivie d'une pneumonie ulcéreuse amenant des lésions qui donnent lieu à des signes physiques et fonctionnels identiques à ceux de la tuberculose. Ces cas ne peuvent être bien interprétés qu'après l'examen microbiologique qui y révélera le bacille de Pfeiffer à l'exclusion du bacille de Koch. Je traite depuis 14 mois un cas de ce genre ».

1. Netter. *Traité de méd. et de théér.* Brouardel, Gilbert, Girode, t. I, p. 386.

GRIPPE. — TUBERCULOSE

Lorsqu'on étudie l'étiologie de la tuberculose, on est frappé du nombre considérable des causes qui peuvent amener l'infection.

Parmi les plus fréquentes on peut citer la coqueluche (1), la rougeole (2), la diphtérie, l'alcoolisme (3), le diabète (4), la fièvre typhoïde (5), la variole (6), le rétrécissement de l'œsophage (7), les anévrysmes de la crosse de l'aorte (8), le rétrécissement de l'artère pulmonaire (9), etc.

1. Dieulafoy. *Pathologie int.* T. I, page 167. Kohos, Congrès de 1891, page 217.

2. Aviragnet. Thèse de Paris, 1891-1892. Kohos, Congrès de 1891, page 217.

3. Lancereaux. Académie de médecine, 5 mars 1895.

4. Peter. *Clin. Méd.* T. I, page 104.

5. Gral. Th. de Paris, 1883. *Fièvre typhoïde chez les tuberculeux.*

6. Kohos. Congrès de la tuberculose, 1891.

7. Peter. *Clin. Méd.* T. II, pages 21 et 28.

8. Hanot. *Arch. de Méd.*, 1877. Kortz. Th. de Paris, 1892.

9. Dieulafoy. *Traité de Méd.* T. I, page 565.

Non seulement on ne peut songer à nier l'influence morbide de ces affections, mais encore il faut dire, croyons-nous, que tout ce qui a une action directe ou indirecte sur l'organisme, tout ce qui l'affaiblit et le met en état de réceptivité, peut être une cause prédisposante.

« Toutes les maladies, tous les états pathologiques constitutionnels, dit M. Daremberg (1), sont des éléments de prédisposition et d'aggravation pour cette terrible maladie. La tuberculose est la fin de tous les malades qui ont le temps de devenir des dégénérés. »

Cependant la plupart des auteurs ne considèrent pas la grippe comme pouvant être une cause de tuberculisation. Jusqu'en 1891, ils étaient bien rares ceux qui croyaient à la chose, et depuis, malgré les quelques observations incontestables qu'on possède sur la question, tous les cliniciens ne l'admettent pas. Tout le monde s'accorde à dire que la grippe est une maladie terrible pour les tuberculeux, qu'elle donne un coup de fouet à la tuberculose préexistante et qu'elle peut même réveiller dans certaines occasions une tuberculose latente.

Nous ne nous arrêterons pas longtemps à l'action de la grippe chez les tuberculeux, la chose étant admise par tous les médecins. Tout le monde admet, en effet, que la grippe est très souvent mortelle pour les malades arrivés à la troisième période et qu'elle avance également ceux qui n'en étaient qu'à la première ou à la deuxième. Les incrédules n'ont, du reste, qu'à se donner la peine de jeter un

1. Daremberg. *Traitement de la phthisie pulm.* Bibl. méd. Charcot-Debove, T. I, page 37.

coup d'œil sur la statistique municipale de la ville de Paris : ils y verront que pendant les mois de décembre 1889, janvier, février, mars 1890, il est mort à Paris 4887 personnes de tuberculose pulmonaire, alors que la moyenne des mêmes mois dans les quatre années précédentes, n'était que de 3.100. Il y a donc près de 1.800 décès, c'est-à-dire 450 par mois, qui doivent être attribués à la grippe. Chose à noter : les deux tiers des victimes sont des hommes.

En 1892, la tuberculose a été moins meurtrière à Paris. On trouve pourtant pour les mois de janvier et février, 1970 cas, alors que la moyenne des mêmes mois pendant les quatre dernières années n'est que de 1775. Il faut encore considérer que dans les quatre dernières années se trouve l'année 1890 qui a été terrible entre toutes.

Voyons maintenant l'influence de la grippe sur l'écllosion de la tuberculose latente. Les cliniciens par cette expression de *tuberculose latente* font-ils allusion à une affection héréditaire, ou bien à un mal survenant chez des descendants de tuberculeux, ou bien encore à une tuberculose enkystée, restée silencieuse jusque-là ? Nous croyons, pour notre part, que ce qu'ils considèrent comme l'explosion d'une tuberculose latente, n'est souvent qu'une tuberculose acquise, consécutive à la grippe et qui évolue d'une façon plus ou moins lente. Nous allons, du reste, étudier les trois faces de la question en résumant les connaissances actuelles de la science sur ce sujet si intéressant à tous les points de vue.

1° *Tuberculose héréditaire*. — M. Grancher a dit : « Il n'y aura hérédité au sens absolu du mot que si l'enfant

reçoit de ses parents, père ou mère, la graine spécifique, c'est-à-dire le bacille, au moment de la conception ou pendant la vie intra-utérine. »

Or, le père ne peut pas transmettre la tuberculose au fœtus, parce que, si l'on a trouvé des bacilles dans le sperme (Bozzolo, Niepce, Kurt Jani), on n'en a jamais vu dans le spermatozoïde lui-même et encore moins dans la tête. Comme eux seuls se déplacent pour aller au devant de l'ovule, le sperme restant dans le vagin, il ne peut pas y avoir de tuberculisation de ce côté.

Reste la mère. Ici on possède quelques faits qui prouvent que la transmission de la tuberculose de la mère au fœtus est possible. Mais ces faits sont en petit nombre, et encore, tous n'offrent pas les garanties voulues. Nous les exposerons brièvement en citant les faits connus chez l'homme d'abord, puis chez les animaux.

Chez l'homme on possède six observations.

La première est celle de Charrin (1) chez un fœtus de 7 mois $1/2$.

La deuxième est de M. Berti (2). Il s'agit d'une fille née à terme et succombant 9 jours après sa naissance.

La troisième appartient à M. Merkel (3). Enfant né à terme, mort d'athrepsie et chez lequel on a trouvé une tuberculose osseuse en arrière de l'articulation coxo-fémorale.

Au congrès de 1891, M. Jacobi de New-York, rapporte

1. *Lyon médical*, 1873, n. 14, vol. XIII, p. 295.

2. *Bolletino delle scienze mediche di Bologna*, 1882, p. 29.

3. *Zeitschrift für klinisch medicin*, 1884, T. VIII, p. 559.

un fait qu'il aurait observé en 1861. Il s'agit d'un fœtus de 7 mois né d'une mère tuberculeuse.

Il y a encore l'observation de Sabouraud, puis celle de Birch-Hirschfeld et Schmorl.

Chez les animaux on en possède trois.

La première est celle de John (1885), chez un embryon de vache.

Puis Malvoz et Brouwier (1889) observèrent le fait deux fois chez le même animal.

Plusieurs expérimentateurs se sont occupés de cette question, mais parmi eux il n'y a guère que MM. Landouzy et H. Martin qui aient obtenu des résultats positifs, alors que MM. Straus, Grancher, Nocard, Wolff, Leyden, Kurt Jani, Galtier, n'ont obtenu que des résultats négatifs.

Nous pensons donc que MM. Malvoz, Straus, Chamberland, sont dans le vrai lorsqu'ils disent que le passage du bacille de Koch à travers le placenta est très rare.

C'est encore l'avis de M. Hutinel qui disait au congrès de la tuberculose de 1891 : « Si la transmission de la tuberculose de la mère au fœtus est possible et si elle a été réellement constatée, s'ensuit-il nécessairement qu'elle soit fréquente ? Mon ami Landouzy semble dire que oui, M. Vignal que non. Quatre cas dans lesquels j'ai pu examiner les placentas et les viscères d'enfants nés de femmes phtisiques et morts peu d'heures après la naissance, me font pencher du côté de M. Vignal.

Les lésions tuberculeuses sont tout à fait exceptionnelles chez les nouveau-nés. C'est après quelques semaines

ou quelques mois qu'elles apparaissent dans la généralité des cas ».

M. Hutinel cite ensuite 220 autopsies d'enfants âgés de moins d'un an. On a trouvé 8 cas de tuberculose (avec examen histologique à l'appui). Les enfants avaient : 41 jours, 2 mois et quelques jours, 2 mois 1/2, 5 mois, deux avaient 6 mois et enfin les deux autres 7 mois.

En conscience, conclut-il, je n'oserais affirmer qu'un seul de ces enfants fût atteint de tuberculose congénitale.

Tout autres sont les proportions après la première année; à l'hospice des Enfants-Assistés, le 1/3 des enfants de un à deux ans présentent des lésions tuberculeuses; de 2 à 3, de 3 à 4 la proportion est plus grande.

Les chiffres de Schwer concordent exactement avec ceux de M. Hutinel; on peut le voir dans le tableau suivant :

	Nombre d'enfants observés	morts de tuberculose	pour 100 »
Morts-nés.....	94	0	»
De 1 à 4 semaines.	169	0	»
De 5 à 9 semaines.	123	1	0,8
De 3 à 5 mois.....	144	15	14,4

Au-dessus de 6 mois la proportion est beaucoup plus forte. En effet Schwer trouve :

De 6 à 12 mois 17,5 0/0, de 1 à 2 ans 26 0/0, de 2 à 3 ans 45,20 0/0, de 3 à 4 ans 32 0/0, de 4 à 5 ans 37,7 0/0, de 6 à 10 ans 35,7 0/0, de 11 à 15 ans 31,5 0/0.

Nous ne croyons pas que l'opinion qui admet que les

bacilles introduits dans le corps du fœtus peuvent y séjourner à l'état de larves pendant 10, 20 et 30 ans soit justifiée. En effet les bacilles introduits dans l'organisme, se développent ou disparaissent par le fait de la phagocytose.

2° *De la tuberculisation des enfants de tuberculeux.*

— Ici nous touchons à un des points les plus contestés de la médecine. D'après ce qui précède nous pouvons affirmer, que dans la grande majorité des cas, l'enfant ne naît pas tuberculeux. Nait-il tuberculisable ? L'hérédité de terrain existe-t-elle ? MM. Hayem, Damaschino, Lan-
nelongue l'admettent.

« C'est la tuberculose en expectative, en possibilité et non en nature que les parents transmettent à leurs enfants », écrit M. le professeur Bouchard.

D'un autre côté, M. le professeur Landouzy qui s'est tout spécialement occupé de cette question dit : « J'ai envisagé pour les parents, la possibilité de transmission à leurs enfants d'un terrain qui, ne fût-il pas porteur de bacilles, n'était à tout prendre, qu'une terre morcelée, détachée d'un fief, qui, statiquement et dynamiquement, avait pu être imprégné de tuberculine, laquelle tuberculine pouvait faire, du terrain primaire et du terrain secondaire, un terrain diathésique, que phthisiogènes, anciens et modernes, ont appris à reconnaître comme étant à la fois descendance et recommencement de tuberculose. Il y a longtemps déjà que j'insiste sur la transmission héréditaire atypique de la tuberculose (1) ».

1. Landouzy. Congrès de tuberculose de 1891.

Cette tuberculine a-t-elle une action sur la tuberculisation future des descendants ? M. Sanchez-Toledo ne le pense pas.

Tel est aussi l'avis de M. Samuel Bernheim qui au congrès de la tuberculose de 1891 apporte les conclusions suivantes : 1° L'hérédité du germe n'existe pas ; 2° La prédisposition du terrain n'est pas plus spéciale aux tuberculeux qu'à tout autre sujet né d'une maladie diathésique ; 3° Toutes les tuberculoses sont gagnées par contagion.

Il est cependant indéniable que les fils de tuberculeux sont plus souvent atteints de tuberculose que les autres, mais ne serait-ce pas parce qu'ils ont plus d'occasions de contagion, vivant en commun avec des phthisiques ? Si, à leur naissance, on les séparait de leurs parents, on en sauverait beaucoup, nous en sommes persuadés, et nous nous fondons pour soutenir cette opinion sur l'expérience de M. Nocard d'Alfort, qui a étudié la question d'hérédité sur les veaux d'un des grands éleveurs du Nord de la France. Il conclut en disant que « les progrès de la tuberculose des bovidés sont dus presque uniquement à la contagion et que l'hérédité ne joue qu'un rôle accessoire et presque négligeable » (1).

Sans affirmer que chez l'enfant les choses se passent exactement de même, il n'en est pas moins vrai que la communication de M. Nocard est très intéressante et mérite d'être retenue.

3° *Tuberculose enkystée, restée silencieuse jusque-*

1. Nocard. *Congrès de la tuberculose de 1893.*

là. — Chez la plupart des malades que nous présentons, on ne trouve pas d'antécédents héréditaires. En admettant que la tuberculine puisse avoir une action sur la tuberculisation, ce ne serait pas le cas ici. De plus, presque tous les malades qui font l'objet des observations que nous publions plus loin, n'ont jamais eu de maladie antérieure, et ont été atteints par la grippe en pleine santé. Comment admettre qu'ils étaient déjà tuberculeux ? On admettrait dans ce cas, que le malade est devenu tuberculeux en pleine santé, sans qu'aucune indisposition, qu'aucune cause l'ait affaibli, alors qu'on ne l'admettrait pas après une maladie générale comme la grippe, grave parfois et qui atteint très souvent les bronches et le poumon.

Si le malade n'était pas tuberculeux avant sa maladie, d'où vient le microbe, nous dira-t-on ? Nous répondons à cette objection que le microbe peut être partout : dans les salles d'hôpital, dans les appartements, dans les voitures publiques, dans l'air (l'air des grandes villes surtout), comme l'a démontré M. Schonirer (1). Il a en effet injecté à trois cobayes 10 centimètres cubes d'eau dans laquelle il venait de laver du raisin qui avait séjourné quelque temps dans un panier à l'extérieur. L'un d'eux mourut en deux jours de péritonite tuberculeuse ; les deux autres succombèrent le quarante-cinquième et le cinquante-huitième jour, présentant des lésions tuberculeuses manifestes, partant du point de l'injection.

M. Straus (2) l'a encore trouvé dans les fosses nasales

1. Schonirer. *Wien. Mediz. Presse*, 1892.

2. Straus. *Acad. de Méd.*, 3 juillet 1894. *Bull. méd.*, 1894, page 625.

d'individus sains ne présentant aucun soupçon de tuberculose (infirmiers, infirmières et élèves de son service à la Charité).

« 29 cobayes ont été inoculés avec les produits provenant des cavités nasales de 29 individus. 7 de ces cobayes périrent dès les premiers jours, de septicémie ou de péritonite purulente; dans 13 cas les animaux demeurèrent bien portants et ne présentèrent pas de lésions à l'autopsie; enfin, dans 9 cas ils moururent ou furent sacrifiés au bout de 3 à 5 semaines avec des lésions tuberculeuses, le plus souvent très accusées, à point de départ intra-péritonéal; la nature tuberculeuse de ces lésions fut toujours vérifiée par la constatation du bacille.

Ainsi, sur 29 individus sains ou du moins absolument indemnes de tout indice de tuberculose, mais séjournant plus ou moins longtemps dans les salles d'hôpital, 9 hébergeaient le bacille de la tuberculose, pleinement virulent, dans les cavités des fosses nasales.

Les cas primitifs figurent donc dans la proportion inattendue et presque effrayante d'un tiers. »

A l'état normal, ces bacilles ne sont guère dangereux. Mais que, pour une raison ou pour une autre, l'organisme vienne à s'affaiblir et ne puisse plus lutter, plus réagir suffisamment, le microbe aura beau jeu et pourra se développer à son aise. Il est alors facile de comprendre comment s'est faite l'infection, aujourd'hui surtout que l'on sait qu'à la suite de la grippe la muqueuse nasale présente « tantôt une kératinisation incomplète de la

couche superficielle, tantôt de petites ulcérations (1) », et que l'épithélium des bronches est desquamé et « ouvre ainsi la porte aux microbes (2) ».

Mais ce n'est pas tout : nous savons aussi que la grippe favorise dans l'organisme la pullulation du streptocoque. Ces infections secondaires sont même très fréquentes ainsi que le prouvent les travaux de Mosny (3), Petit (4), Charpentier (5), Redureau (6), Ménard (7), etc., et les communications de Hallopeau (8), Hanot (9), Leyden (10), etc.

Le streptocoque a à son tour une influence très grande sur le bacille de Koch, ainsi que l'affirme Wateau (11) et que le prouve Babès (12) : « Les recherches expérimentales que j'ai faites avec ces divers microbes (staphylocoques, streptocoques, microbe lancéolé de Frankel, bacilles saprogènes...), m'ont permis, dit ce dernier,

1. 2. Vidal. *Traité de médecine*, Charcot, Bouchard, Brissaud.

3. Mosny. *Broncho-pneumonie*. Bibliothèque médicale. Charcot. Debove.

4. Petit. Thèse de Paris (1893-1894).

5. Charpentier. Thèse de Paris (1894).

6. Redureau, Thèse de Paris (1890-1891).

7. Ménard. Thèse de Paris (1890-1891).

8. Hallopeau. Académie de médecine, 2 avril 1895.

9. Hanot. Société médicale des hôpitaux, 21 juillet 1893.

10. Leyden. Société de médecine interne de Berlin, 4 avril 1892.

11. Wateau. Thèse de Paris, 1893-1894.

12. Babès. Congrès de la tuberculose, 1891. — *Bulletin médical* (1891), page 738.

d'établir que, même ceux qui dans les cultures sont nuisibles au développement du bacille tuberculeux, et qui, injectés à des animaux ne produisent point par eux-mêmes d'infection générale, peuvent préparer le terrain à l'invasion du bacille de Koch, et favoriser le développement de ce bacille dans l'organisme. Ainsi, par exemple, la tuberculose expérimentale se développera plus vite et plus grave, chez un animal injecté légèrement par le streptocoque..., etc.». ».

Avons-nous là l'explication de l'accélération de la marche de la maladie chez les phtisiques et de la tuberculisatation consécutive, survenant chez quelques individus atteints de grippe?

Nous le croirions volontiers.

Pour finir, citons un fait d'observation qui a frappé la plupart des cliniciens : dans tous les cas, la toux tuberculeuse a suivi la toux grippale sans interruption. Tous les grippés devenus tuberculeux, ont conservé après la guérison de leur grippe, une toux qui a persisté jusqu'à l'apparition de la tuberculose. Ils n'étaient donc pas guéris de leur grippe au moment de l'apparition de la tuberculose.

M. Canellis a observé la chose dans 57 cas.

MICROBIOLOGIE

En 1890, Babès décrivit un petit bacille, dit bacille transparent, long de $0\ \mu\ 2$ à $0\ \mu\ 4$ étranglé à sa partie centrale, formant de courtes chaînettes immobiles, ne prenant pas le Gram et qu'il considérait comme jouant un rôle important dans la pathogénie de l'influenza.

M. Seiffert a rencontré dans le mucus vitreux nasal du début de la grippe, un microcoque en chaînettes, ovale, mesurant de $1,5\ \mu$ à 2 , prenant le Gram, se colorant par toutes les couleurs d'aniline et disparaissant complètement au moment où le mucus nasal, de vitreux qu'il était devient purulent.

En mars 1891, MM. Teissier, G. Roux, Pittion, signalèrent dans le sang et les urines d'un certain nombre de grippés, l'existence d'un micro-organisme nouveau. Ce micro-organisme n'a encore été trouvé jusqu'ici que dans la grippe et il détermine presque constamment chez le lapin une affection ayant certaines analogies avec la grippe humaine.

Klebs a trouvé dans le sang des grippés des monades particulières avec flagella.

Kowalski a vu dans l'expectoration de la grippe, 7 fois sur 16 cas examinés, un micro-organisme qu'il considère comme le vrai microbe de la grippe.

En 1892, Pfeiffer fait connaître les résultats de ses recherches qui portent sur 31 cas d'influenza. Dans tous les cas, il a trouvé un bacille spécial dans la sécrétion purulente des bronches.

Ce bacille ne se montre que dans l'influenza et disparaît avec la purulence des crachats.

Lorsque la grippe n'est pas compliquée, ce microbe se trouve dans les crachats en grande quantité et en culture absolument pure. Il est immobile, a 0 μ de long et se présente souvent en chaînettes de 3 ou 4 articles. Il ne se colore pas par la méthode de Gram et prend mal les couleurs basiques d'aniline.

Les meilleures préparations s'obtiennent avec la solution diluée de Ziehl et le bleu de méthylène de Loeffler à chaud. Les deux extrémités du bacille se colorent alors avec plus d'intensité.

Pfeiffer se sert pour obtenir des cultures pures d'agar additionné de 1 1/2 pour 100 de sucre, mais par cette méthode il n'a pas encore pu dépasser la deuxième génération.

En se servant d'agar glyciné, Kitasato a pu suivre les cultures jusqu'à la dixième génération. Pour se multiplier le microbe exige une température d'au moins 28° et les colonies restent toujours distinctes, séparées l'une de l'autre.

Enfin, Canon a trouvé le même bacille dans le sang, après dessiccation et coloration des lamelles. Il l'aurait

même trouvé dans les urines et dans une cornée malade à la suite de la grippe.

Pfuhl a constaté dans les crachats de malades grippés, mais jamais dans le sang, des bacilles arrondis aux extrémités et associés 2 par 2; quelquefois en chaînettes de 3 à 5 bâtonnets. Ces bacilles se colorent par la solution de Ziehl et par le Gram.

Bruschettini a confirmé les résultats obtenus par Pfeiffer, Kitasato, Canon, à cela près, que ses cultures sont plus riches.

Flocca, de Rome, a isolé de la salive de certains animaux domestiques, chiens, chats, un micro-organisme très analogue à celui de Pfeiffer. Il tue les lapins en 24 heures, et si l'on s'en rapporte à la description qu'il nous en donne, ce bacille ne se distinguerait guère de celui de Pfeiffer.

Comme on le voit « on n'est pas encore fixé d'une façon absolue sur la nature du germe qui cause l'influenza. On ne sait au juste quels rapports existent entre les bactéries de Pfeiffer, Canon et celles de Teissier, Roux, etc. La difficulté réside dans la réalisation typique de la maladie » (1).

1. M. Charrin, *Société de biologie*, 21 avril 1894.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (inédite).

Grippe avec pneumonie du sommet droit. Tuberculose subaigüe.

Victor G..., 27 ans, charcutier.

Antécédents héréditaires. — Mère tuberculeuse, morte en 1883, à l'âge de 42 ans.

Antécédents personnels. — Nuls.

Histoire de la maladie actuelle. — Au commencement de février dernier, la malade éprouva des douleurs dans le pharynx et la bouche avec contracture des masséters et dysphagie intense.

Quelques jours après, il est obligé d'interrompre tout travail à cause de douleurs vagues dans tout le côté droit du thorax, douleurs lombaires, oppression, sensation de froid aux genoux, crampes dans les mollets.

Son état resta stationnaire jusqu'au 3 mars, jour où après avoir pris froid, il ressentit un frisson violent et une douleur localisée au-dessous et en dehors du mamelon droit, ce qui le força à s'aliter.

Il se présenta le 8 mars à la consultation de M. Oulmont qui l'accepta dans ses salles avec le diagnostic de pneumonie grippale du sommet droit au début.

A l'examen on trouvait de la submatité au niveau des deux fosses épineuses droites ; la percussion était assez douloureuse, les vibrations de la paroi légèrement renforcées.

A l'auscultation on notait une diminution du murmure vésiculaire au niveau de l'omoplate, sans souffle ni râles. Ce n'est que dans la région axillaire supérieure que l'on percevait des râles crépitants des plus nets, avec souffle tubaire.

Les crachats sont abondants, spumeux, rouillés, les pommettes brûlantes, la langue sèche et pâteuse, le pouls ample et fréquent, la toux pénible et douloureuse, les urines normales. Température 39°.

9 mars. — On perçoit des râles crépitants et du souffle dans la région de l'omoplate ; dans la région sous-claviculaire correspondante quelques ronchus, sans râles crépitants ni souffle.

20 mars. — Le souffle et les râles crépitants ont disparu, mais ils sont remplacés par des râles sous-crépitaux secs qui s'entendent en avant et en arrière au sommet droit. La respiration est rude dans toute l'étendue du même poumon.

La submatité persiste toujours en arrière dans les deux fosses épineuses. La région sous-claviculaire est aussi moins sonore depuis quelques jours.

La défervescence attendue ne s'est pas produite. En effet la température qui s'est maintenue au-dessus de 38° jusqu'au 16 mars, commence à présenter de grandes oscillations. Elle était de 38°,8 et 39°,2 les 16 et 17 au soir et n'était plus que de 37° les 17 et 18 au matin.

Les crachats ne sont plus rouillés mais sont toujours adhérents.

D'après tous ces signes, M. Oulmont se crut autorisé à porter le diagnostic de tuberculose subaiguë consécutive à la grippe.

30 mars. — A droite, submatité dans la région sous-claviculaire et en arrière dans toute l'étendue du poumon. Respiration

rude et râles sous-crépitaux humides au sommet en avant et en arrière.

Le malade est pâle, très faible : la toux est pénible et fréquente, les crachats abondants, les urines normales, l'appétit conservé. Sueurs nocturnes très abondantes depuis une semaine, amaigrissement très prononcé. Le malade pesait 56 kilogrammes avant sa maladie, il ne pèse plus aujourd'hui que 48 kilogrammes.

La température est très forte : le soir elle est de 39°, 39°2, 39°4 et tombe tous les matins à 37°2, 37°3.

4 mai. — A droite, matité au sommet en avant et en arrière, submatité dans la fosse sous-épineuse. Les vibrations thoraciques sont augmentées. Expiration rude et prolongée. Craquements au sommet et dans la fosse sous-épineuse. A la base, on entend quelques râles qui ne se perçoivent qu'à l'inspiration, mais qui ne nous paraissent pas des râles crépitaux vrais.

A gauche, la respiration est rude et saccadée au sommet.

Les sueurs sont toujours abondantes, peu de crachats, mais ils contiennent des bacilles de Koch en nombre appréciable. La température subit de grandes oscillations, l'aspect général est meilleur.

Le poids a augmenté de 1 kilog. 500. Voici le résultat des différentes pesées faites dans le service.

30 mars.	48 kilog.
9 avril.	48,500
29 avril.	49,500

17 mai. — Le malade est sorti de l'hôpital ce matin. Son état ne s'était pas sensiblement amélioré, mais il toussait moins et se trouvait moins oppressé et plus fort.

OBSERVATION II (inédite).

Grippe. Pleuro-broncho-pneumonie. Tuberculose.

Céline Ad..., 38 ans, ménagère.

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Antécédents personnels. — Bronchite aiguë en 1874 qui dura quinze jours.

Leucorrhée datant de son mariage (1878).

Métrite avec métrorrhagies abondantes au commencement de 1894. Ces métrorrhagies cédèrent au traitement médical au bout de cinq semaines pour ne plus reparaitre.

Histoire de la maladie actuelle. — En décembre 1894, la malade fut atteinte de grippe, affection caractérisée par des maux de tête violents, catarrhes nasal et pharyngé, fièvre, crampes dans les mollets, douleurs lombaires.

Tous ces symptômes disparurent au bout de quelques jours pour faire place à de la toux, à de l'insomnie et à une sensation de froid continue et très vive. Elle continuait quand même à faire des ménages, lorsque le 10 mars, brusquement, au moment où elle lavait un parquet, elle ressentit un frisson violent avec douleur localisée sous le mamelon droit.

Cette douleur était si forte que la malade ne put pas achever son ouvrage et fut obligée de se coucher immédiatement.

Le médecin, appelé dès le lendemain, ne put se rendre auprès de la malade que le 14 au soir. Il conseilla son transport immédiat à l'hôpital, où elle fut admise d'urgence le 15 mars au matin.

On constate alors du côté droit une matité qui s'étend en arrière depuis la base du poumon jusqu'à l'épine de l'omoplate, et en avant jusqu'au deuxième espace intercostal. La respiration est soufflante, surtout la fin de l'inspiration, avec bronchophonie

et diminution des vibrations thoraciques. Des râles ronflants et sibilants occupent toute l'étendue des deux poumons.

La dyspnée est très vive, les joues brûlantes, la face injectée, la langue sale, la toux fréquente, les crachats abondants, aérés, visqueux, adhérents au vase. Le pouls fréquent et petit, les urines rares et foncées, la température de 39°. M. Oulmont porta le diagnostic de pleuro-broncho-pneumonie grippale, en faisant remarquer que l'épanchement n'était pas aussi abondant qu'il en avait l'air, et que c'était surtout la congestion qui dominait.

30 mars. — Les râles de bronchite persistent. L'épanchement pleural a fait place à des frottements qui s'entendent très distinctement aux deux temps de la respiration. La percussion est douloureuse du côté droit.

La température qui s'était maintenue au-dessus de 39° jusqu'au 27 mars, subit depuis trois jours de grandes rémissions matinales, ce qui fait croire à M. Oulmont qu'il se trouve en présence d'une tuberculose commençante, consécutive à la grippe.

4 avril. — Râles sibilants généralisés. Quelques râles fins au sommet droit. Sonorité normale des deux côtés, crachats abondants et aérés. La température est toujours forte : elle est le soir de 39° et 39°8, et est faible le matin (37°2, 37°8). L'appétit est conservé, la toux fréquente.

15 avril. — Râles ronflants et sibilants dans les deux poumons. La respiration ne semble pas modifiée au sommet droit, mais on constate de la matité en arrière et de la submatité en avant. La température subit toujours de grandes oscillations. La malade maigrit, on la pèse pour la première fois et on trouve 49 kilog. 500.

5 mai. — Du côté droit, en arrière, matité au sommet et submatité dans tout le reste du poumon. En avant, submatité dans la

région sous-claviculaire. La respiration est soufflante au sommet en arrière et obscure dans toute l'étendue du poumon.

A gauche, matité dans la fosse sus-épineuse.

En avant, sous les deux clavicules, la respiration est saccadée et l'expiration prolongée.

La température est moins élevée (38° le soir et 37°2, 37°4 le matin). Depuis quelques jours, la malade transpire un peu le soir et ses crachats sont nummulaires. Ses règles ont disparu depuis deux mois, la malade est pâle, anémiée, les muqueuses sont décolorées et pourtant son poids a augmenté depuis vingt jours de deux kilogrammes. Elle pèse actuellement 51 kilog. 500. La toux est sèche et fréquente. L'examen des crachats a fait découvrir le bacille de Koch, en petite quantité il est vrai.

13 mai. — Quoique son état ne se soit pas modifié, la malade désire s'en aller. M. Oulmont accède à son désir.

OBSERVATION III (inédite).

Bronchite aiguë. Tuberculose.

Henri B..., 20 ans, garçon charcutier.

Antécédents héréditaires nuls.

Antécédents personnels. — Varioloïde à 8 ans.

Histoire de la maladie actuelle. — Le malade, qui avait toujours joui d'une excellente santé, était à Paris depuis un mois, venant de Beauvais, lorsque le 15 février dernier, il a été pris subitement de céphalalgie frontale, catarrhes nasal et pharyngé, quintes de toux douloureuses, fièvre, soif vive, inappétence, lassitude très prononcée.

Peu effrayé tout d'abord, il ne se décide à entrer à l'hôpital que le 4 mars. Il vient alors à la consultation de M. Oulmont

qui l'admet dans son service et voici ce qu'on trouve le lendemain à l'examen :

Légère submatité au sommet gauche en avant. Le reste du thorax résonne parfaitement bien.

A l'auscultation on perçoit dans les deux poumons, en avant comme en arrière, des râles sibilants de bronchite. En même temps enrrouement datant d'un mois. On porte le diagnostic de bronchite aiguë grippale.

Ce n'est que lorsque la toux eût disparu avec les râles de bronchite que l'on put mieux préciser la submatité du sommet gauche, avec la respiration saccadée sous-jacente.

Malgré le régime le plus substantiel le malade continue à maigrir ; la température présente de grandes oscillations. M. Oulmont porte le 14 mars le diagnostic de tuberculose au début, provoquée par une grippe prolongée.

20 mars. — Submatité au sommet gauche en avant et en arrière. Respiration rude et expiration prolongée toujours à gauche. Rien d'anormal à droite. Le malade est pâle, anémié, sans force. Il a beaucoup maigri depuis son entrée à l'hôpital.

Les crachats sont abondants et aérés. La langue est saburrale, l'appétit conservé, la toux sèche, rien dans les urines. Le foie, la rate, le cœur ne présentent rien d'anormal.

La température qui a oscillé jusqu'au 16 entre 38°5 et 39°8 avec de grandes rémissions matinales, tend depuis à se rapprocher de la normale : elle tombe même le matin au-dessous de 37°. Elle était hier matin à 36°,6 et elle est aujourd'hui à 36°9. Le soir elle oscille entre 37°8 et 38°2.

30 mars. — Pas de modifications du côté de la respiration. La submatité persiste toujours.

Depuis le 20 mars, les sueurs nocturnes ont fait leur apparition, et se produisent très régulièrement au commencement de la nuit et au réveil.

La température est en ce moment de 37°, mais elle a été assez élevée les 25, 26 et 27 mars, jours où elle a varié entre 38° et 38°2.

Le malade ne crache plus, l'appétit est bon, l'aspect général paraît meilleur. La toux ne s'est pas modifiée.

Le poids qui était en janvier de 54 kilogrammes (le malade qui est charcutier et avait une bascule à sa disposition est affirmatif sur ce point), est maintenant de 42 kgr. 750. Voici ses variations.

10 mars.	44 kilogr.
16 mars.	43 »
23 mars.	40,500
30 mars.	42,750

9 avril. — Les signes pulmonaires n'ont pas changé. Les sueurs nocturnes diminuent de plus en plus et ne se produisent plus que dans la soirée. L'appétit est excellent, le poids augmente, il est actuellement de 44 kilogrammes. Les muqueuses sont moins décolorées, la température normale, la toux moins fréquente.

14 avril. — Les phénomènes pulmonaires n'ont pas beaucoup changé, mais l'état général est excellent. Les sueurs nocturnes ont presque disparu et le malade se trouvant guéri, quitte l'hôpital pour retourner chez ses parents qui habitent aux environs de Beauvais.

Ici l'examen bactériologique n'a pas été fait. Nous croyons pourtant pouvoir affirmer qu'on se trouve bien en présence d'un tuberculeux au début et non en présence d'une des formes de pseudo-tuberculose citées par

M. Lemoine au congrès français de médecine interne de 1894.

OBSERVATION IV (inédite).

Grippe. Tuberculose.

Marie R..., 22 ans, domestique.

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Antécédents personnels. — Accès de fièvre en 1892, qui se présentèrent d'une façon irrégulière et disparurent définitivement au bout d'un mois. Accès sur la nature desquels il est difficile de se prononcer.

N'a été réglée qu'à 20 ans, mais toujours bien depuis.

Histoire de la maladie actuelle. — Arrivée à Paris depuis quelques jours dans une famille qui l'avait fait venir du Puy-de-Dôme, elle ressentit le 10 février de la lassitude, de l'affaiblissement musculaire.

Le lendemain, frissons, douleurs le long du rachis et des deux côtés du thorax, catarrhes laryngé, pharyngé et nasal, en même temps qu'une toux douloureuse et une forte fièvre.

Le médecin appelé deux ou trois jours après, ne trouve qu'un peu d'anémie et une légère excitation nerveuse. Il fit le diagnostic de grippe et porta un pronostic bénin.

Fatiguée de plus en plus et voyant que son état ne s'améliorait pas, la malade, qui n'avait pas interrompu son travail, se décida le 11 mars à venir à l'hôpital Laënnec où elle fut admise dans le service de M. Oulmont.

A l'examen on trouvait :

Sonorité normale sauf au sommet droit en arrière.

Râles de bronchite généralisée avec quelques râles sous-crépitaux au sommet gauche en arrière.

En raison de l'absence d'antécédents bien nets, d'hémoptysie, d'amaigrissement notable, le diagnostic est hésitant entre : broncho-pneumonie grippale chez une chlorotique, ou lésions bacillaires favorisées par la grippe actuelle et accompagnées de poussées congestives banales.

Ce n'est que cinq jours après, une fois les râles de bronchite disparus, que l'on peut apprécier exactement le siège et la nature de la lésion, réellement tuberculeuse. En même temps, la malade éprouve une fièvre à grandes oscillations ; on porte le diagnostic de tuberculose subaiguë consécutive à une atteinte grippale.

20 mars. — A droite, submatité en arrière dans toute l'étendue du poumon et en avant dans la région sous-claviculaire, craquements humides au sommet en avant et en arrière. Respiration rude dans tout le poumon droit.

A gauche, submatité et râles sous-crépitaux fins dans la fosse sus-épineuse.

La malade est très pâle, les muqueuses sont décolorées, la toux est quinteuse, pénible, et existe depuis le début de la maladie, c'est-à-dire depuis le 10 février.

Les crachats sont abondants et purulents, l'appétit légèrement diminué. La malade trouve qu'elle a un peu maigri et se plaint d'une diarrhée abondante et fétide qui la force souvent à se lever la nuit.

Le foie et la rate sont normaux. Les urines claires, sans albumine. Le cœur est normal et ses battements réguliers. La température est très irrégulière, elle varie le soir de 38°2 à 39°4 et tombe le matin à 37°, 37°5. Sueurs nocturnes légères.

10 avril. — Les signes physiques n'ont pas changé. La température est toujours à grandes oscillations. Les sueurs sont plus fortes. Les crachats purulents mais moins abondants. La diarrhée aussi forte.

5 mai. — A droite, matité et craquements humides au sommet

en avant et en arrière. Submatité et râles sous-crépitants disséminés dans la fosse sous-épineuse.

A gauche, submatité et râles sous-crépitants au sommet, en arrière. La respiration est soufflante aux deux sommets. Les crachats sont nummulaires et abondants. L'amaigrissement manifeste. Les sueurs abondantes et se produisant régulièrement tous les soirs. La diarrhée persiste, l'appétit et les forces ont diminué, les règles n'ont pas reparu depuis l'entrée à l'hôpital. La température est forte le soir, la toux toujours aussi pénible. Le bacille de Koch a été trouvé en grande abondance dans les crachats.

20 mai. — La tuberculose marche à grands pas. Tous les signes physiques se sont exagérés, l'amaigrissement est très prononcé.

OBSERVATION V (inédite).

Grippe. Tuberculeux.

Frédéric G..., 36 ans. Ébéniste.

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Antécédents personnels. — N'a jamais eu la moindre indisposition et est le père de quatre enfants qui se portent tous très bien et dont l'aîné a 15 ans.

Histoire de la maladie actuelle. — Le sujet fut subitement atteint en janvier 1890, d'une grippe qui se manifesta par une céphalalgie intense, un catarrhe bronchique, des douleurs lombaires et une toux fréquente qui l'empêchait de dormir la nuit.

Ces symptômes durèrent trois semaines, au bout desquelles tout rentra dans l'ordre, excepté la toux, qui inquiétait un peu le malade, mais qui ne l'empêchait pas de travailler comme par le passé.

En 1892, nouvelle atteinte de grippe, beaucoup plus légère que

la première. Le malade ne garda la chambre que deux ou trois jours, mais lorsqu'il voulut reprendre son travail, il se trouva sans entrain, très affaibli par cette toux qui ne lui laissait pas de repos.

Quelques mois après il s'aperçut qu'il maigrissait, qu'il transpirait toutes les nuits et qu'après chaque quinte de toux il expectorait des crachats épais. Depuis cette époque tous ces phénomènes allèrent en augmentant, jusqu'au jour où ne pouvant plus travailler il se décida à entrer à l'hôpital Necker dans le service de M. Rendu.

20 mai. — Le malade est dans le service depuis 8 jours. On trouve des craquements humides aux deux sommets, un souffle caverneux à droite. Matité très forte en avant et en arrière et des deux côtés au sommet.

Amaigrissement très prononcé, dyspnée intense, sueurs profuses, toux fréquente, crachats nummulaires et sanguinolents.

23 mai. — Mort. L'autopsie n'a pas pu être faite, mais la tuberculose était certaine.

OBSERVATION VI

Leroy, professeur à la Faculté de médecine de Lille, lue au congrès de la tuberculose de 1891 (Résumée).

Jeune fille de 23 ans, et de bonne complexion, ayant toujours joui auparavant d'une excellente santé, fut touchée en janvier 1890 par la grippe. Deux mois après, le catarrhe bronchique persistait, caractérisé par une expectoration muco-catarrhale abondante, épaisse et jaunâtre. Légère excitation fébrile. L'auscultation démontrait l'absence des localisations habituelles de la tuberculose pulmonaire.

On fait l'examen bactériologique et à la cinquième lamelle on constate la présence des bacilles de la tuberculose en nombre marquant.

Le père, la mère et le frère sont bien portants. Il n'existe dans la famille aucune prédisposition héréditaire à la tuberculose.

OBSERVATION VII

Dr Guyot de Paris. Congrès de la tuberculose de 1891.

M. Th..., 45 ans, habitant Paris, dans un quartier neuf et bien aéré. Situation de fortune bien aisée et bonnes conditions d'existence. Pas d'antécédents héréditaires. Grippe au mois de janvier 1890, avec des douleurs caractéristiques dans les membres, coryza, laryngite, puis bronchite généralisée. S'est soigné immédiatement, et reste 15 jours enfermé. La bronchite a disparu complètement ; mais, malgré l'absence de signes d'auscultation, rudesse ou rythme saccadé de la respiration, signes recherchés avec soin, il est resté une petite toux sèche le matin, à laquelle le malade a fini par ne plus faire attention ; il allait du reste bien, l'appétit était revenu, quand, au bout de neuf mois, il a commencé à avoir quelques sueurs nocturnes dont il ne me prévint pas et qu'il garda encore deux mois sans se soigner, comptant sur la campagne pour se rétablir, m'a-t-il dit depuis. Très fatigué au mois de juillet, il partit avec sa famille pour la Suisse, dans un endroit froid et humide où il devint de plus en plus malade et se décida à consulter un médecin qui trouva une induration du sommet droit. Au retour du malade, en octobre 1890, je retrouvai l'induration à droite et quelques craquements à gauche ; tuberculose non douteuse des deux sommets, les crachats renferment de

nombreux bacilles ; actuellement le malade est dans le Midi, beaucoup mieux portant, paraît-il.

OBSERVATION VIII

Même auteur.

M. M..., 38 ans, habitant Saint-Denis, a été atteint de grippe en janvier 1890, avec de la courbature, rhume de cerveau, etc. Ne s'est pas soigné les 15 premiers jours, puis a été obligé de s'aliter avec un point de côté au bout de ce temps. Le confrère appelé à ce moment a diagnostiqué une pleurésie droite. Le traitement par les vésicatoires, les diurétiques, etc., a amené la résorption de l'exsudat au bout de six semaines environ ; cependant à deux reprises différentes, l'égophonie et le souffle ont reparu, puis ont fini par disparaître complètement, laissant de la matité, des frottements, une diminution considérable du murmure vésiculaire.

Le malade est resté affaibli, avec des sueurs nocturnes, de la toux, de la diarrhée de temps en temps. Cet état a persisté avec des alternatives de mieux et de plus mal jusqu'à présent. Depuis quatre mois il s'est produit une rudesse de la respiration au sommet gauche en avant, et une petite cavernule au niveau et un peu en arrière du téton droit, des râles se sont ajoutés aux frottements de la base droite ; le malade rend des crachats caractéristiques et assez abondants depuis 6 mois environ et constitue actuellement un tuberculeux avéré.

En résumé. — Grippe, pleurésie sans doute tuberculeuse, et enfin tuberculose du parenchyme pulmonaire.

Aucun antécédent tuberculeux chez les ascendants ni les collatéraux. Je n'ai vu ce malade qu'au bout de six semaines après le début des accidents : il y aurait peut-être à tenir compte dans

la genèse des accidents, des chagrins motivés par des revers de fortune et d'un léger degré d'alcoolisme.

OBSERVATION IX

Valenzuela, médecin de l'hôpital général de Madrid. Congrès de la tuberculose de 1891 (Résumée).

Chez un jeune homme, après la grippe, la toux et l'expectoration continuèrent, mais il n'y attacha aucune importance; au mois de septembre il fut pris d'hémoptysie et commença à maigrir. Il avait, quand je l'ai vu, une fièvre continue et il est mort le 19 janvier suivant. A l'autopsie, infiltration tuberculeuse (post-grippale) et quelques petites cavernes dans les deux poumons.

OBSERVATION X

Dr Célestino Compaired, Barcelone. Congrès de la tuberculose de 1891 (Résumée).

M. L..., 21 ans, célibataire, sans antécédents tuberculeux, syphilitiques ou rhumatismaux, a été atteint par l'influenza d'une façon excessivement brusque. Examiné quelque temps après dans mon cabinet, j'ai trouvé la muqueuse laryngée très rouge, avec infiltration œdémateuse sous-muqueuse, légère submatité aux deux sommets; affaiblissement du murmure respiratoire avec quelques craquements et râles humides disséminés dans les ramifications bronchiques. Souffle bronchique à droite. Fièvre (38°1), maigreur et pâleur du visage, toux sèche, fré-

quente, très pénible la nuit. J'ai fait le diagnostic de tuberculose pulmonaire commençante. Aujourd'hui il présente de grandes cavernes et des bacilles dans les crachats.

OBSERVATION XI

Même auteur.

S. A..., 23 ans, célibataire, présente une histoire clinique très analogue à la précédente, quoique son état soit plus satisfaisant que celui de l'autre malade. Le foyer tuberculeux de son poumon gauche est comme endormi.

OBSERVATION XII

• Même auteur.

B. C..., 8 ans, 21 jours après l'influenza, otite purulente considérée comme tuberculeuse après son début. Non seulement à cause de la marche et des symptômes, mais principalement à cause des bacilles retrouvés dans le pus provenant de la perforation du tympan.

OBSERVATION XIII

D^r Santiago Caberali, Buenos-Ayres. Congrès de la tuberculose de 1891 (Résumée).

Pascual M... Excellente santé. Pas de tuberculose dans la famille. Grippe en mai 1890 qui le retient 8 jours au lit. Comme

reliquat du processus grippal, il a conservé une toux d'abord sèche, puis franchement catarrhale. A ce moment pas de signes caractéristiques de tuberculose, pas de bacilles dans les crachats. Je l'envoyai à la campagne où il resta un mois et demi. A son retour je fus étonné de son mauvais aspect. La fièvre était continue, il avait des sueurs, de la toux, une expectoration abondante et caractéristique et un vaste épanchement pleurétique. Bacilles de Koch dans les crachats. Mort.

OBSERVATION XIV

Même auteur (Résumée).

Ignace G..., 24 ans. Influenza en juillet 1890, compliquée de broncho-pneumonie, qui l'a forcé à garder le lit un mois.

Quand il se releva, il avait une toux violente qui l'empêchait de dormir ; il eut ensuite trois hémoptysies assez intenses. Je trouvai les signes physiques d'une tuberculose pulmonaire à la première période. Bacilles dans les crachats.

OBSERVATION XV

Dr Spyr. Canellis. Athènes. *Archives de médecine navale et coloniale*, décembre 1891.

Jeune fille, âgée de 20 ans, P. B... Ses parents, d'après son dire, ne souffrent d'aucune maladie héréditaire.

Le 14 janvier 1890, elle fut atteinte d'une très forte grippe, elle ressentait des frissons fréquents et répétés, de la fièvre, un assez violent mal de tête, des douleurs aiguës aux articulations.

Le troisième jour de sa maladie elle fit venir un de nos confrères

res, qui ordonna, comme me l'a raconté la malade, des vésicatoires l'un après l'autre. Elle est restée un mois malade, depuis ce temps elle toussait toujours à de longs intervalles. Ses parents n'y ont prêté aucune attention, croyant que c'était le résultat d'un rhume comme les gens du peuple ont l'habitude de dire. Cet état a continué jusqu'en décembre dernier, époque où sont survenus des crachements de sang qui ont duré 3 jours. Ils ont été arrêtés au moyen du traitement classique. Après ces crachements de sang nous avons été appelé et avons examiné la jeune fille; nous avons reconnu qu'elle était atteinte de phthisie tuberculeuse des poumons. Depuis nous la soignons toujours et son état reste stationnaire.

OBSERVATION XVI

Même auteur (*Arch. de méd. navale et coloniale*, décembre 1891).

Constantin Z..., de Naxos, 23 ans, de père et mère sans maladie héréditaire, un seul frère parmi quatre est mort de la scrofule, qui a fini par dégénérer en phthisie pulmonaire. En février 1890, le malade en question a été atteint de la grippe très légèrement, il ressentait des maux de tête, des douleurs aiguës aux articulations. Après trois jours ces douleurs ont cessé, il n'a jamais été obligé de s'aliter. Ce malade a pris, sans ordonnance de médecin, de l'huile de ricin, quatre doses de quinine de 25 centigrammes chacune et de cette façon il a recouvré la santé. Depuis ce temps-là il a toujours eu une toux persistante qui augmente toujours, l'a obligé, au bout de cinq mois, d'avoir recours à nos soins. En examinant le malade nous avons reconnu de graves symptômes de tuberculose pulmonaire; en auscultant nous avons entendu qu'il respirait d'une façon anormale et avait des

gargouillements à droite, à gauche des craquements humides. Un mois après, ce malade a succombé à une tuberculose pulmonaire, suite d'une tuberculose des intestins.

OBSERVATION XVII

Dr Robinson, Constantinople. Congrès de la tuberculose, 1891.

Sultane B..., 45 ans, souffre depuis trois ans de troubles dyspeptiques et de nervosisme. Je la soignais depuis cette époque, mais je n'ai jamais trouvé chez elle de signes de tuberculose.

L'année dernière (janvier 1890), elle fut atteinte de la grippe, qui la força à rester au lit plus de trois semaines. Je constatais tous les jours les signes d'une bronchite et de la congestion pulmonaire, mais je ne soupçonnais même pas une invasion tuberculeuse. Cependant la toux et l'amaigrissement continuaient malgré le traitement ; une recherche minutieuse me fit découvrir un foyer tuberculeux au sommet gauche. Dès lors la maladie commença à galoper et Sultane B... mourut au mois d'avril.

OBSERVATION XVIII

Même auteur.

A..., 20 ans, vient me consulter le 21 avril 1890. Sa mère, qui l'accompagne, me dit qu'elle n'avait jamais été malade jusqu'à il y a deux mois. Au mois de janvier elle entra au lit, atteinte de la grippe. Depuis elle se mit à tousser et à maigrir.

A mon examen, je trouve une tuberculose pulmonaire fébrile, localisée au sommet droit. Après deux consultations, la malade

ne put plus venir me trouver, et j'ai appris qu'elle était morte au mois de juillet 1890.

OBSERVATION XIX

Même auteur.

A..., 40 ans, grippe vers la fin de décembre 1889. Pas de tare tuberculeuse dans la famille. Malgré le traitement, elle continue à tousser. Fièvre vespérale (39°, 39°5). Signes évidents de tuberculisation. Elle succombe au mois d'avril.

OBSERVATION XX

Même auteur.

S..., 32 ans, me consulte en juillet 1890. Elle me raconte que son mari, atteint de grippe, s'est tuberculisé, à la suite de cette maladie et en est mort. Elle-même l'avait eue, mais avait guéri au bout d'une semaine. Au milieu de février 1890 elle a eu une hémoptysie qui l'a beaucoup effrayée.

S... mourut de la tuberculose vers le commencement de novembre 1890.

OBSERVATION XXI

Dr Maugin, de Saint-Martin-d'Albois (Marne). Congrès de la tuberculose 1891.

L..., du Baizil, couvreur, âgé de 42 ans. Aucune maladie antérieure ; marié, un enfant bien portant. Pris de grippe le 18 jan-

vier, courbature générale, sueurs profuses, maux de tête, fièvre, un peu de bronchite. Le 22 janvier pneumonie à droite ; le 23 janvier, pneumonie à gauche ; le 26 janvier, diarrhée infectieuse ; le 27 janvier, pneumonie du sommet droit ; le 2 février, pneumonie du sommet gauche. Le 5 février, mort de granulé aiguë.

OBSERVATION XXII

Dr Prioleau, de Brive. Congrès de la tuberculose, 1891 (Résumée).

Homme de 45 ans. Pas de maladies antérieures. Forte constitution avant l'influenza. Atteint de grippe en janvier 1890, il ne se soigna pas, malgré une toux persistante. Lorsque nous le voyons en juillet 1890, il est déjà à la troisième période d'une tuberculose plus avancée à droite qu'à gauche. Mort en août.

OBSERVATION XXIII

Même auteur (Résumée).

Jeune homme de 23 ans. Constitution faible, n'a jamais fait de maladie. A l'influenza au mois de février 1890 et ne s'en remet pas. En février 1891, il est arrivé à la deuxième période d'une tuberculose égale aux deux sommets.

OBSERVATION XXIV

Même auteur (Résumée).

Homme de 55 ans. Forte constitution, jamais la moindre indisposition. Influenza en janvier 1890. Continue à tousser tout le

printemps et l'été. En octobre 1890, nous trouvons un point tuberculeux à la deuxième période dans le sommet du poumon gauche.

OBSERVATION XXV

Dr David, de Nice, Congrès de la tuberculose, 1891 (Résumée).

V..., ouvrier ajusteur, 27 ans, bonne constitution. Père et mère bien portants, pas d'antécédents pathologiques sérieux.

Grippe le 31 décembre 1889, se traduisant par des frissons, de la céphalalgie, de la fièvre, des douleurs lombaires, une courbature généralisée et une toux fréquente.

9 janvier 1890. — Bronchite bilatérale diffuse plus accentuée à droite, où il existe un peu d'engorgement pulmonaire. T. 39°, frissons continuels, affaissement.

18 janvier. — Amendement des symptômes broncho-pulmonaires.

22 et 23 janvier. — Diminution de la toux, absence du murmure vésiculaire dans la fosse sus-épineuse gauche. Sueurs nocturnes.

12 mai. — L'obscurité respiratoire du sommet gauche persiste, expiration prolongée, pas de râles, matité.

Du côté droit respiration bronchique. Toux fréquente, expectoration muqueuse, sueurs nocturnes.

Depuis un mois, douleur assez vive à l'épaule gauche, s'irradiant au voisinage.

Je n'ai plus revu le malade, mais la présence de tubercules aux deux sommets me paraît certaine.

OBSERVATION XXVI

Même auteur (Résumée).

Tuberculose pulmonaire et otite double après influenza.

B..., cultivateur, 52 ans, pas de maladie antérieure. Vers le commencement de janvier 1890, il éprouva les symptômes les plus habituels de la grippe. Il garde le lit 7 ou 8 jours.

Il entre à l'hôpital le 14 février, et je constate les symptômes suivants ; douleur sur la partie droite du thorax, avec submatité et respiration voilée sur presque toute l'étendue postérieure du poumon droit. Amaigrissement.

Il sort de l'hospice à la fin de mars ; l'état général est meilleur.

Il revient le 20 avril et raconte que peu après sa sortie il a éprouvé des douleurs violentes dans les deux oreilles, puis est survenu un écoulement muco-purulent des deux côtés, principalement à gauche. Surdité à gauche depuis.

Douleurs thoraciques à droite, craquements au sommet droit ; expectoration muco-purulente ; faiblesse générale, amaigrissement progressif, sueurs nocturnes.

Septembre 1890. — Souffle caverneux à droite. L'écoulement purulent et la surdité de l'oreille gauche persistent.

CONCLUSIONS

1° La grippe, par son action débilitante sur l'organisme, par les bronchites et les congestions pulmonaires plus ou moins intenses qu'elle occasionne, est funeste aux tuberculeux, à ceux surtout dont les lésions sont très avancées.

2° Elle favorise même parfois l'éclosion de la tuberculose chez des individus exempts jusque-là de toute tare tuberculeuse, soit par suite d'associations microbiennes augmentant la virulence du bacille de Koch, soit par suite de la desquamation de l'épithélium favorisant une implantation de germes qui existent dans un milieu infecté.

Vu par le Président de la thèse,

STRAUS.

Vu par le Doyen,

BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

- AVIRAGNET. — Thèse de Paris (1891-1892). De la tuberculose chez les enfants.
- BABÈS. — Bulletin médical (1891).
- BROCHIN. — Dictionnaire de Déchambre, article Grippe.
- BROUARDEL, GILBERT, GIRODE. — Traité de méd. et de thérap. (1895).
- CANELLI. — Archives de méd. navale et coloniale (1891).
- CHARCOT, BOUCHARD, BRISSAUD. — Traité de médecine.
- CHARPENTIER. — Thèse de Paris (1894). Grippe et ses complications.
- CHARRIN. — Société de biologie, 21 avril 1894.
- Congrès pour l'étude de la tuberculose chez l'homme et chez les animaux (Années 1891-1893).
- DAREMBERG. — Traitement de la phtisie pulmonaire. Bibliothèque médicale. Charcot-Debove.
- Dictionnaire de Jaccoud (1872).
- Dictionnaire en 30 volumes (1836).
- DIDIER. — Th. de Paris (1892-1893). Causes des épidémies de grippe.
- DIEULAFOY. — Pathologie interne.
- DUJARDIN-BEAUMETZ. — Journal de médecine de Paris (1890).

- GRISOLLE. — Traité de pathologie interne.
- LANCÉREUX. — Académie de médecine, 5 mars 1893.
- LEMOINE. — De la grippe à forme pseudo-tuberculeuse. Congrès français de médecine interne, 1894.
- G. LYON. — Traité élémentaire de clinique thérapeutique (1895).
- MANGOUBI. — Th. de Paris (1895). Contribution à l'étude clinique de la splénomégalie grippale de l'adulte.
- MÉNARD. — Th. de Paris (1890-1891). Suppuration des cellules mastoïdiennes sous l'influence de la grippe.
- MÉNÉTRIER. — Th. de Paris (1886-1887). Grippe et pneumonie.
- MOSNY. — Broncho-pneumonie. Bibliothèque méd. Charcot-Debove.
- PETER. — Cliniques médicales.
- PETIT. — Th. de Paris (1893-1894). De l'infection par le streptocoque au cours et au déclin de la grippe.
- REDUREAU. — Th. de Paris (1890-1891). Suppuration dans la grippe.
- STRAUS. — Académie de médecine, 3 juillet 1894.
- TALAMON. — Le bacille de la grippe. Médecine moderne du 21 janvier 1892.
- TEISSIER. — Rapport sur l'influenza de 1889-1890, en Russie.
- WATEAU. — Th. de Paris (1893-1894). Contribution à l'étude de l'influence des infections à streptocoques sur l'évolution de la tuberculose pulmonaire.

